

## **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ КРАТКОСРОЧНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ**

*Жебентяев В.А.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

**Введение.** Для разработки дифференцированной краткосрочной психотерапии, нами было предпринято исследование психологических особенностей дезадаптации личности пациентов с расстройствами адаптации депрессивного спектра.

**Материал и методы.** В исследование были включены 60 пациентов с диагнозами расстройства адаптации, кратковременной депрессивной реакции и пролонгированной депрессивной реакции. Для сравнения результатов клинических и психологических методов исследования в процессе разработки психотерапии, была сформирована контрольная группа, в которую вошли 42 здоровых лица, сопоставимые по полу, возрасту и социальному положению, не имеющие симптомов психических расстройств.

В ходе исследования, для разработки дифференцированной психотерапии, а также оценки ее эффективности, использовались следующие методы: 1. клинический с использованием критериев МКБ-10, шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS-21), опросника SCL-90, 2. психологический с использованием теста СМЛ; опросника «Тип личности» Олдхэма-Морриса (ОЛМ), опросника «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index(LSI)); теста смысловых ориентаций (СЖО). Для разработки дифференцированной психотерапии отобраны следующие

методы: мультимодальная, когнитивная, поведенческая, нейро-лингвистическая, гештальт-терапия, эриксоновский гипноз, психодинамическая психотерапия.

Для сравнительной оценки эффективности разработанного метода психотерапии в комплексном лечении в опытную группу вошли 20 пациентов, лечение которых включало разработанную в ходе исследования дифференцированную краткосрочную психотерапию в сочетании со стандартной психофармакотерапией. В группу сравнения вошли 20 пациентов, лечение которых включало когнитивную психотерапию в сочетании со стандартной психофармакотерапией. Назначение антидепрессантов и анксиолитиков по своему дизайну проводилось в соответствии с исследованием типа «случай-контроль».

**Результаты и обсуждение.** Для пациентов с кратковременными депрессивными реакциями были характерны более низкие значения по большинству шкал СМИЛ по сравнению с пациентами других клинических подгрупп, а по сравнению с контрольной группой характерно повышение по шкалам 1, 2, 3, 6 и 7 ( $p < 0,05$ ). Согласно тесту ОЛМ пациенты из подгруппы кратковременных депрессивных реакций отличались более высокими показателями по шкалам I - зависимого типа ( $p < 0,001$ ) и M - мазохистического типа ( $p < 0,05$ ).

Эти пациенты, согласно опроснику LSI, отличались более высоким уровнем «отрицания» по сравнению с контролем ( $p < 0,005$ ), а также по сравнению с группой пролонгированных депрессивных реакций ( $p < 0,01$ ).

Кроме того, отмечался более низкий, по сравнению с контрольной группой уровень «вытеснения» ( $p < 0,05$ ). Согласно опроснику СЖО у пациентов несколько снижены показатели по 2-й ( $p < 0,05$ ), а также 5 шкале ( $p < 0,05$ ).

Полученные результаты позволяют предполагать, что пациенты с кратковременными депрессивными реакциями в силу личностной уязвимости к действию психосоциального стресса [1] столкнулись с затруднениями в когнитивной и аффективной переработке его последствий, что в норме протекает как неосложненная реакция горя.

То есть фактор психосоциального стресса явился для пациентов травматическим. Это требует применения психотерапевтических вмешательств в двух направлениях: Во-первых пациенту важно помочь пережить утрату (либо значимого другого, либо каких-либо представлений, связанных с внешними потерями).

Для этого психотерапевту важно предоставить возможность пациенту разделить с ним переживания, высказать их («аффективная вентиляция»). Во-вторых, необходимо помочь пациенту прервать неадаптивные попытки избегания горя, являющихся источником симптомов.

Одновременно с этим необходимо вселять в пациента веру в то, что здоровое переживание (без избегания) чувств, связанных с утратой возможно, и, в конечном счете, приведет к улучшению состояния. Кроме того, необходимо помочь пациенту скорректировать сопутствующие когнитивные личностные искажения.

Результаты теста СМИЛ в подгруппе пролонгированных депрессивных реакций показывают повышение по большинству шкал: F, K, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 0. Такой профиль свидетельствует о выраженном стрессе и значительной социально-психологической дезадаптации личности.

Результаты теста ОЛМ этих пациентов выявили значительно более выраженное заострение черт тревожно-уклоняющегося типа. В подгруппе с пролонгированными депрессивными реакциями наблюдается снижение

напряженности "отрицания" и усиление напряженности «регрессии» ( $p<0,05$ ), «замещения» ( $p<0,05$ ), «проекции» ( $p<0,05$ ), «гиперкомпенсации» ( $p<0,05$ ), а также «рационализации» ( $p<0,05$ ). Согласно тесту СЖО в данной группе, по сравнению с контролем, выявлены достоверно более низкие значения выявлены по общему показателю ( $p<0,05$ ), шкалам 1 ( $p<0,01$ ), 2 ( $p<0,01$ ), 3 ( $p<0,05$ ), 4 ( $p<0,05$ ) и 5 ( $p<0,05$ ).

Результаты клинико-психологического исследования данной подгруппы пациентов указывают на сформированную защитную личностную констелляцию, которая является попыткой, прежде всего, обезопасить от погружения в состояние клинической депрессии. Личность пациента принимает на себя основной удар и это приводит к ее существенной социально-психологической дезадаптации.

Несмотря на то, что симптомы депрессии невелики, однако депрессивной становится психологическая жизнь пациента.

Психотерапевту в данном случае важно относиться с уважением к защитам пациента и, тем не менее, шаг за шагом необходимо помочь вскрыть области его беспомощности, чтобы затем помочь выработать более эффективные способы психологической жизни в этих областях.

В начальной фазе следует уделить большее внимание установлению сотрудничающего контакта с пациентом, четко разъяснив, с использованием данных психологических опросников, суть состояния пациента и объяснив выгоду психологического лечения для него лично. При получении согласия пациента на дальнейшее лечение психотерапия переходит в среднюю фазу.

Она включает методики, повышающие ощущение личностной эффективности, гибкость в восприятии тех или иных ситуаций, а также методики обучения самоанализу.

Кроме того, пациенту важно помочь скорректировать смысловые ориентации с помощью техник экзистенциальной психотерапии. Завершающая фаза делает акцент на обучении техникам контролируемой персонификации - разотождествления, для того, чтобы обучить пациента входить в оптимальное состояние для пересмотра своих реакций на ту или иную ситуацию.

Сравнение разработанной дифференцированной краткосрочной психотерапии в комплексном лечении расстройств адаптации и стандартного лечения, включающего сочетание когнитивной психотерапии и фармакотерапии, показало преимущества в более низких показателях депрессии к концу стационарного лечения в опытной группе.

**Выводы.** Проведенное исследование показало, что применение дифференцированной краткосрочной психотерапии в комплексном лечении расстройств адаптации, по сравнению со стандартным лечением, позволяет более эффективно восстановить психологическую адаптацию пациентов, приводя к более низким значениям показателей депрессии к концу стационарного лечения.

**Литература:**

1. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: Адис, 1994. – С. 131-170.